

Allegato: commissioni invalidità civile e ex Legge 68

REGOLAMENTO PER LA COSTITUZIONE, L'ORGANIZZAZIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE COMMISSIONI PER IL RICONOSCIMENTO DI INVALIDITÀ CIVILE, HANDICAP E INSERIMENTO LAVORATIVO EX LEGGE 68

1. Premessa
2. Area tematica di Medicina Legale
3. Composizione delle Commissioni
4. Segretari delle Commissioni
5. Organizzazione delle sedute e Numero di convocati per seduta
6. Riferimenti etici e comportamentali
7. Sostituzioni Presidenti e Componenti delle commissioni
8. Commissioni ASL: componenti, attribuzioni e ambiti territoriali di riferimento

1. Premessa

L'accertamento sanitario a fini medico-legali per il riconoscimento della condizione di invalidità civile, di Handicap di cui alla Legge 104, e per l'inserimento lavorativo ex Legge 68 è compito istituzionale dell'Azienda Sanitaria, rientrando nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, esercitato attraverso apposite Commissioni come di seguito individuate. La ASL di Sanluri individua le Commissioni per l'accertamento sanitario unitario della condizione di invalidità civile e di Handicap e/o per l'inserimento lavorativo disciplinandone la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento.

A) Il sistema di valutazione dell'invalidità civile, elementi procedurali

Come previsto dal D.P.R. 698/94 la procedura per il riconoscimento di invalidità civile, cecità, sordomutismo e lo stato di persona portatrice di handicap si apre con la presentazione della domanda dall'istante richiedente il riconoscimento direttamente all'INPS, per via telematica o tramite patronati.

Il processo di accertamento sanitario di invalidità civile, handicap e disabilità, prevede che:

1. il medico certificatore compili la certificazione sanitaria online;
2. il richiedente (autonomamente o per il tramite di un Patronato o delle associazioni di categoria dei disabili) compili la domanda online;
3. il richiedente sia convocato per l'accertamento sanitario presso la Commissione Medica Asl che provvederà all'accertamento e alla compilazione del verbale con il sistema online dell'INPS.

Le Commissioni medico-legali preposte al riconoscimento della condizione di invalidità civile sono:

- a) Le Commissioni di I istanza istituite presso l'ASL competente per territorio, di seguito individuate con i relativi ambiti territoriali e tipologie di pratiche attribuite;
- b) La Commissione medica di verifica INPS che effettua i controlli sugli accertamenti delle Commissioni di I istanza.

Il riconoscimento delle condizioni d'invalidità civile, sordomutismo, cecità e di portatore di handicap è disposto come risultanza di una visita medico-legale effettuata presso l'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio (la Asl di Sanluri non è competente per le valutazioni medico legali su sordomutismo e cecità civile).

Le commissioni sono composte da un medico specialista in medicina legale con funzione di Presidente, da due medici, di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti di medicina del lavoro, e da un medico in rappresentanza dell'associazione della categoria del richiedente (sono ammessi i rappresentanti dell'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili, dell'Unione Italiana Ciechi, dell'Ente Nazionale Sordomuti e dell'Associazione Nazionale delle Famiglie dei Fanciulli ed Adulto Subnormali); la commissione è integrata da un Operatore Sociale ed un Medico esperto nella patologia prevalente dei casi da esaminare, qualora la Commissione debba effettuare valutazioni circa le condizioni di handicap (legge 104/92 art.4) o disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo e della permanenza dello stato invalidante (legge 68/1999).

La persona sottoposta ad accertamento sanitario può farsi assistere dal proprio medico di fiducia.

La procedura deve prevedere che le convocazioni avvengano nel rispetto dell'ordine cronologico e/o di altre modalità stabilite dalla normativa vigente.

Ai sensi del D.P.R. 698/94, art. 1 - Comma 7 e della C.M. 36/98 nel caso in cui il richiedente non sia in grado di presentarsi alla visita per gravi difficoltà può essere presentata richiesta di visita domiciliare.

Dopo aver effettuato la visita la commissione redige il verbale e la documentazione in cui deve essere annotata la riduzione della capacità lavorativa generica globale dovuta alle infermità; copia del verbale è trasmessa telematicamente alla commissione medica di verifica INPS la quale entro 60 giorni di tempo dovrebbe esprimere il proprio parere.

Il verbale di visita redatto dalla commissione medica dell'ASL diventa definitivo se la commissione medica di verifica non formula rilievi ed è trasmesso a cura dell'INPS all'interessato.

L'art. 11 del D.Lgs. 509/88 dispone che chiunque abbia ottenuto il riconoscimento della condizione di "invalido civile", "cieco civile" e "sordomuto" può presentare, in qualunque momento, una domanda di revisione per l'accertamento dell'**aggravamento** della propria minorazione. La procedura per l'accertamento dell'aggravamento è la stessa prevista per il riconoscimento di invalidità civile attestante l'aggravamento. A tal fine possono essere prese in esame solo le domande con una documentazione sanitaria che comprovi le modificazioni del quadro clinico preesistente. La presentazione di un ricorso contro il giudizio della commissione accertante l'invalidità civile sospende l'esame di domanda di aggravamento fino alla definizione del ricorso stesso.

In caso di decesso del soggetto che ha presentato istanza di riconoscimento dell'invalidità civile, avvenuto durante l'iter di espletamento della pratica e prima della chiamata a visita, gli eredi possono chiedere di procedere ugualmente a definire il giudizio medico-legale; in questo caso la valutazione si baserà sulla documentazione medica rilasciata da strutture pubbliche o convenzionate prima del decesso.

Oltre il normale iter amministrativo descritto resta sempre possibile adire al giudice ordinario del Tribunale ed avviare un ricorso giurisdizionale per ottenere il riconoscimento.

La funzione di competenza dello Stato, svolta dal Ministero dell'Interno per il tramite delle Prefetture, relativa alla concessione dei benefici economici quali pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili, ciechi civili e sordomuti, dal 1° gennaio 2001 è trasferita alle Regioni che possono esercitare tale funzione a mezzo dall'INPS stessa in conformità a specifici accordi.

I Presidenti delle commissioni della ASL di Sanluri cureranno che le valutazioni medico-legali siano effettuate, fatte salve le proprie competenze tecnico-professionali, nel rispetto di

quanto indicato nei seguenti punti rappresentanti linee di indirizzo di carattere generale e anche di riferimento metodologico per la valutazione. Nell'attribuzione della % finale d'invalidità civile non in tutti i casi s'impone, ovviamente, la necessità di prendere in considerazione tutti i punti sotto specificati.

1) effettuare anamnesi, esami obiettivo e della documentazionee diagnosi circostanziate

Posta la diagnosi circostanziata si deve effettuare una classificazione della menomazione, utilizzando eventualmente il criterio analogico, determinando il tipo e l'entità della perdita anatomica o funzionale e in caso di più menomazioni utilizzando il criterio a scalare o proporzionistico (rispettivamente in caso di menomazioni coesistenti o concorrenti);

2) valutare la possibilità di applicazione di protesi e i relativi compensi della menomazione

Effettuata la classificazione si deve valutare:

- La possibilità o meno dell'applicazione di apparecchi protesici;
- La possibilità di recupero, totale e parziale, della funzione degli organi ed apparati applicando apparecchi protesici e o ausili tecnici (che devono essere tollerati);

Gli apparecchi protesici e gli ausili tecnici possono essere utili, in caso di Handicap fisici o sensoriali, al ripristino, totale o parziale, della funzione di organi ed apparati interessati dalle menomazioni. In generale i presidi protesici possono determinare benefici diversi. Alcuni tipi di presidi disponibili sono quelli appresso indicati:

a) presidi di supporto all'apparato locomotore:

- Presidi terapeutici ed ortesi, apparecchi ortopedici per la prevenzione ed il trattamento di malattie evolutive;
- Protesi ortopediche sostitutive di segmenti dell'apparato locomotore;
- Tutori permanenti sostitutive di funzioni;

b) dispositivi per la deambulazione, di ausilio al mantenimento dell'equilibrio statico-dinamico in condizioni di deficit deambulatorio;

c) presidi contentivi, apparecchi ortopedici di contenimento e protezione di organi ed apparati endocavitari;

d) protesi acustiche e fonetiche di ausilio alle funzioni uditive o laringea;

e) protesi fisiognomiche, per la funzione estetica;

f) protesi oculari;

g) ausili per l'incontinenza urinaria e fecale;

h) protesi odontoiatrica.

La valutazione del grado di recupero funzionale, necessaria per determinare i corrispondenti aggiustamenti della % finale di riduzione della capacità lavorativa, correlata al compenso protesico, deve essere effettuata caso per caso. Si consideri che **in alcuni casi il compenso della funzione è già direttamente tabellato nel D.M. del 05/02/92** ad esempio:

- *Anoftalmia* senza protesi 31-40%, con protesi bulbo oculare 30%;
- *Deficit visivi corretti con occhiali* (5% di aumento del in caso di deficit di grado elevato);
- *Amputazione gamba* non protesizzabile 60%, con protesi 46%;
- *Edentulismo* totale 21-30%, con applicazione di protesi odontoiatrica 11-20%;

- *Deficit uditivi* riduzione del 9%.

Nella valutazione dei *deficit uditivi teoricamente protesizzabili* (perdita capacità uditiva nell'orecchio migliore inferiore o uguale a 245 dB) sono da apportare aggiustamenti della % (riduzione del 9%) dovuti al potenziale guadagno legato all'applicazione dell'audioprotesi. In alcuni casi si pone la necessità di valutare se l'applicazione della **protesi consenta un recupero, totale o parziale**, della funzione degli organi o apparati interessati dalla menomazione ed un relativo compenso della perdita di capacità lavorativa **in attività confacenti alle attitudini o alla mansione specifica**, ad esempio in caso di amputazione di coscia, di mano, ecc.; in tal caso si potrà applicare una **diminuzione del 5%** del grado di invalidità complessiva.

3) valutare i compiti e le funzioni proprie dell'età extra lavorativa

I compiti e le funzioni che l'individuo svolge al di fuori dell'attività lavorativa variano in funzione dell'età, in generale si dovrebbero tenere in considerazione i seguenti elementi, a seconda delle fasce di età, funzionali alle valutazioni medico-legali:

Fascia di età 2 - 6 anni

Le valutazioni al di sotto dei due anni sono problematiche e necessitano di competenze specialistiche adeguate. Dopo i due anni e fino ai sei anni potranno essere effettuate valutazioni indirette per mezzo dell'analisi della **motilità, del linguaggio e della deambulazione**.

Fascia di età 7 - 18 anni

In questa fascia di età oltre la motilità, il linguaggio e la deambulazione potranno essere presi in considerazione il **rendimento scolastico, il gioco e l'attività sportiva**

Fascia di età 18 - 65 anni

Oltre il linguaggio, la motilità e la deambulazione possono essere indagate le **relazioni familiari e sociali**.

Ultrasessantacinquenni

Per questa categoria si devono valutare le capacità di far fronte alle necessità della vita ordinaria extra lavorativa quali la capacità di movimento e di uso dei mezzi di trasporto, di approvvigionamento e preparazione dei cibi, di svolgimento delle ordinarie attività domestiche, di uso del telefono, ecc.

4) valutare le capacità lavorativa confacente alle attitudini (15-65 anni)

Fatte salve le disposizioni sull'inserimento lavorativo dei portatori di Handicap ed i sistemi di valutazione della collocabilità al lavoro, in ambito di valutazione dell'invalidità civile si devono considerare le ripercussioni sulla capacità lavorativa in occupazioni confacenti alle attitudini o sulla capacità lavorativa specifica del soggetto al fine dell'eventuale applicazione di una variazione, in più o in meno del 5%, rispetto a quanto stabilito dal D.M. del 05/02/92,

5) valutare la ricorrenza del diritto all'assegno di accompagnamento anche a mezzo della scala ADL

Per il riconoscimento del diritto all'assegno di accompagnamento si deve accertare:

- 1) la totale inabilità;
- 2) l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;
- 3) l'impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua.

➤ Deambulazione

La circolare N° 500.6/AG.927/58-1449 del Ministero della Sanità datata 4/12/81 è chiara sul significato da attribuire all'impossibilità alla deambulazione, in quanto specifica trattarsi di

soggetti invalidi "che si trovano nell'impossibilità di deambulare, che non deambolano neppure con l'aiuto di presidi ortopedici".

➤ **Capacità di compiere gli atti quotidiani autonomamente**

Indagano (in ordine di complessità decrescente) la capacità del soggetto di:

- Lavarsi (fare il bagno);
- Vestirsi;
- Utilizzare il gabinetto;
- Spostarsi;
- Controllare la continenza;
- Alimentarsi.

Sono funzioni "biologiche e psicosociali primarie" condizionate dalle capacità fisiche più che dagli aspetti intellettivi, culturali e socio-ambientali; è con l'aggravarsi del deficit cognitivo che anche l'autonomia nelle attività di base viene progressivamente a perdersi fino alla completa disabilità nelle fasi avanzate della demenza.

La ADL identifica le attività fisiche (comprendente tutte le funzioni ADL tranne "controllo della continenza"). È stato suggerito che la componente "continenza" non sia inclusa nell'Indice delle ADL poiché questa, sebbene assuma un importante ruolo nella disabilità dell'anziano, può essere condizionata da una situazione patologica specifica e quindi indipendente dalla capacità funzionale vera e propria dell'individuo. Nell'Indice delle ADL ciascuna attività è valutata in base a una scala a *tre livelli di assistenza (assente, parziale oppure completa)*, ognuno dei quali viene ricondotto alla valutazione funzionale "dipendente/indipendente" secondo linee guida definite. Utilizzando questa valutazione dicotomica, fu costruita una scala di tipo Guttman (cioè strutturata in modo gerarchico) cui corrispondono diversi gradi di dipendenza funzionale, da A (indipendenza in tutte le funzioni) a G (dipendenza in tutte e 6 le funzioni), più un livello eterogeneo denominato "Altro", così definiti:

- *A: indipendente riguardo a nutrirsi, continenza, capacità di spostarsi, andare al gabinetto, vestirsi e fare il bagno;*
- *B: indipendente in tutte le funzioni eccetto una;*
- *C: indipendente in tutto eccetto "fare il bagno" e un'altra funzione;*
- *D: indipendente in tutto eccetto "fare il bagno", "vestirsi" e un'altra funzione;*
- *E: indipendente in tutto eccetto "fare il bagno", "vestirsi", "utilizzare il gabinetto" e un'altra funzione;*
- *F: indipendente in tutto eccetto "fare il bagno", "vestirsi", "utilizzare il gabinetto", "spostarsi" e un'altra funzione;*
- *G: dipendente in tutte e sei le funzioni;*
- *Altro: dipendente in almeno due funzioni, ma non classificabile sotto C, D, E o F.*

Diversi studi evidenziano come la forza delle estremità inferiori (correlata alle attività di: "lavarsi", "spostarsi", "utilizzare il gabinetto") sia persa nei soggetti anziani prima che la forza delle estremità superiori (correlata a "vestirsi" e "alimentarsi").

Per la stima dell'Indice delle ADL nel sistema a conteggio si prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente, così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 6 (indipendenza in tutte le funzioni).

Modalità di somministrazione: tramite l'osservazione e l'intervista l'esaminatore considera il grado di maggiore dipendenza nella performance del soggetto durante le due settimane precedenti la valutazione. Per ciascuna delle sei aree funzionali elencate deve essere contrassegnata la descrizione che meglio corrisponde alla situazione del soggetto.

La parola "assistenza" significa supervisione/sorveglianza, guida/direzione o assistenza personale attiva da parte di altri. Il soggetto può ricorrere all'uso di ausili per lo svolgimento della funzione.

Per l'attribuzione del punteggio è necessario tradurre la scala di valutazione a tre punti (*senza assistenza, assistenza parziale, o assistenza completa*) nella classificazione dicotomica "dipendente/indipendente" utilizzando le seguenti istruzioni: indipendenza significa senza

supervisione, direzione o assistenza personale attiva da parte di altri, questa si basa sullo stato attuale e non sulla capacità potenziale o auspicabile; un soggetto che rifiuta di effettuare una prestazione va considerato come se non avesse eseguito la funzione, quindi non autosufficiente in quell'attività, anche se potrebbe essere in grado di espletarla; un minimo intervento di supporto (contrassegnato dalla valutazione intermedia - assistenza parziale) classifica il soggetto come "indipendente" per le attività connesse a "Lavarsi", "Vestirsi" e "Alimentarsi" ma come "dipendente" per le altre.

Lavarsi(in vasca, doccia o con la spugna)

- **Indipendente:** assistenza solo per lavare una singola parte (come schiena o estremità disabile) o capacità di fare il bagno completamente da solo;
- **Dipendenza:** assistenza per lavare più di una parte del corpo; assistenza per entrare e uscire dalla vasca oppure incapace di fare il bagno da solo.

Vestirsi

- **Indipendente:** prende i vestiti da armadi e cassetti, indossa vestiti, soprabiti, busti, si abbottona, esclusa l'allacciatura delle scarpe;
- **Dipendente:** non si veste da solo o rimane parzialmente svestito.

Utilizzo del gabinetto

- **Indipendente:** si reca al gabinetto, si siede e si alza dal gabinetto, si risistema i vestiti, si pulisce dopo l'eliminazione (può gestire la propria padella usata solamente durante la notte e può usare o non usare strumenti di sostegno);
- **Dipendente:** usa una padella o una comoda o riceve assistenza per andare al gabinetto e per utilizzarlo.

Spostamenti

- **Indipendente:** entra e esce dal letto da solo e si siede e si alza dalla sedia in modo indipendente (può usare o non usare strumenti di sostegno);
- **Dipendente:** assistenza per entrare o uscire dal letto e/o per sedersi o alzarsi dalla sedia; non riesce a compiere uno o più spostamenti.

Continenza

- **Indipendente:** minzione e defecazione completamente controllate in modo autonomo;
- **Dipendente:** parziale o totale incontinenza urinaria o fecale; parziale o totale controllo tramite clisteri, cateteri o uso assistito di orinali e/o padella.

Alimentazione

- **Indipendente:** porta il cibo dal piatto o da un suo equivalente alla bocca; (tagliare la carne e preparare il cibo, come imburrare il pane, sono esclusi dalla valutazione);
- **Dipendente:** assistenza per l'alimentazione (vedi sopra); non mangia per niente o nutrizione parenterale.

Si attribuisce un punto per ogni attività nella quale il soggetto è indipendente, il punteggio totale varia da 0 a 6 (dove 0 = dipendenza completa, e 6 = indipendenza in tutte le funzioni).

L'utilizzazione delle scale ADL in ambito di valutazione medico-legale va usata con cautela essendo le scale nate per altri scopi e pertanto in alcune circostanze potrebbero non aiutare nelle valutazioni.

B) riferimenti normativi e criteriologia medico-legale per il riconoscimento dell'invalidità civile

Le norme principali che regolano il sistema di riconoscimento dell'invalidità civile e la tutela dei sordomuti e dei ciechi civili sono le disposizioni legislative 381/90, 382/70, 118/71, 18/80, 508/88, 509/88, 289/90 e il DM del 5 febbraio 1992 che ha introdotto le nuove tabelle di valutazione del grado di invalidità civile. L'art. 1 della 118/80 considera **invalidi civili:** ".....i cittadini affetti da minorazione congenita o acquisita, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze

mentali derivanti da difetti sensoriali o funzionali....."; ma l'art. 1 della 509/88 specifica che le minorazioni di cui all'art. 1 della 118/88 comprendono gli **esiti permanenti delle infermità** fisiche, psichiche o sensoriali che comportino un danno funzionale permanente.

Il DM 5 febbraio 1992 elenca le infermità che determinano una riduzione della capacità lavorativa cui è attribuita una determinata percentuale "fissa" o in "fasce variabili", utilizzate nei casi di più difficile codificazione. Molte **infermità** possono **non** essere **tabellate** ma è possibile valutarne il danno con il **criterio analogico**. La metodologia di valutazione deve tener conto dei seguenti criteri:

1. Il danno funzionale permanente è riferito alla capacità lavorativa che deve intendersi come **capacità lavorativa generica**, sono **possibili variazioni** in più del valore di base non superiori al **5%**, *nel caso vi sia incidenza sulle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto (capacità cosiddetta semi specifica) e sulla capacità lavorativa specifica*. Le variazioni possono essere anche nel senso di una riduzione, non maggiore di cinque punti, quando l'infermità risulti non avere incidenza sulla capacità lavorativa semi specifica e specifica.

2. Nel caso di **infermità unica** la % di base dell'invalidità permanente viene espressa utilizzando per le infermità elencate nella tabella:

a) La % fissa di invalidità, quando l'infermità corrisponde, per natura e grado, esattamente alla voce tabellare (colonna "fisso");

b) La misura % di invalidità calcolata rimanendo all'interno dei valori di fascia % che la comprende, quando l'infermità sia elencata in fascia (colonna Min-Max);

c) Se l'infermità non risulta elencata in tabella viene valutata percentualmente ricorrendo al criterio analogico rispetto ad infermità analoghe e di analoga gravità come indicato sub a) e sub b).

3. Nel caso di **infermità plurime**, i criteri per giungere alla valutazione finale sono i seguenti, calcolando dapprima le % relative alle singole infermità secondo i criteri individuati al punto 2) lettere a), b) e c). Occorre tener presente che le invalidità dovute a menomazioni multiple per infermità tabellate e/o non tabellate possono risultare da un **concorso funzionale** di menomazioni ovvero da una semplice loro **coesistenza**. Sono funzionalmente in concorso tra loro le menomazioni che interessano *lo stesso organo o lo stesso apparato*. In alcuni casi il concorso è direttamente tariffato in tabella (danni oculari, acustici, degli arti ecc.). In tutti gli altri casi, valutata separatamente la singola menomazione, si procede a valutazione complessiva, che non deve di norma consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali bensì in un valore percentuale proporzionale a quello tariffato per la perdita anatomo-funzionale dell'organo o dell'apparato. A mente dell'art. 5 del D.L. 509/88 nella valutazione complessiva dell'invalidità **non sono considerate le minorazioni iscritte tra lo 0 e il 10%, purché non concorrenti tra loro o con altre minorazioni comprese nelle fasce superiori**. Sono in coesistenza le menomazioni che interessano organi ed apparati funzionalmente distinti tra loro. In questi casi, dopo aver effettuato la valutazione percentuale di ciascuna menomazione si esegue un calcolo riduzionistico mediante la seguente formula espressa in decimali:

➤ **Formula calcolo riduzionistico** (in decimali): $I.T. = IP1 + IP2 - (IP1 \times IP2)$, per le **menomazioni/infermità coesistenti**.

Dove l'invalidità totale finale IT è uguale alla somma delle invalidità parziali IP1, IP2, diminuita del loro prodotto.

In caso di menomazioni di numero superiore a due, il procedimento si ripete e continua con lo stesso metodo. Per ragioni pratiche è opportuno avvalersi, a tal fine, di un'apposita tavola per il calcolo combinato

Si riportano altre due formule utili per il calcolo della % di Invalidità Totale:

- **Formula salomonica**, intermedia fra somma aritmetica e calcolo riduzionistico (in decimali):

I. T. = $P1 + P2 - (P1 \times P2) : 2$, per le menomazioni/infermità concorrenti.

- **Formula di Gabrielli**, usata soprattutto per le valutazioni del danno biologico in ambito INAIL e se occorre valutare la % di danno biologico in altri ambiti nel caso di associazione a patologie preesistenti

C - C1

D= _____

C

Le commissioni dovranno esaminare la possibilità o meno dell'applicazione di apparecchi protesici. Le protesi sono da considerare fattore di attenuazione della gravità del danno funzionale e pertanto possono comportare una riduzione della percentuale d'invalidità a condizione che esse, per la loro natura, siano ben tollerate e funzionalmente efficaci ai fini della capacità lavorativa generica, semi specifica (occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto) e specifica.

Ciascuna visita viene verbalizzata in modo che risultino gli elementi che hanno guidato la valutazione. La commissione deve indicare il codice di riferimento corrispondente all'infermità diagnosticata al fine di individuare la menomazione ad essa correlata sulla base della classificazione OMS. La relazione inoltre prevede il giudizio motivato della commissione sulla ricorrenza dei requisiti per l'attribuzione dell'indennità di accompagnamento ai soggetti aventi diritto a mente dell'art. 1 della L. 508/88, ed infine la determinazione delle potenzialità lavorative del soggetto a mente dell'art. 3 D.L. 509 e tenuto conto dell'art. 1 comma 3 della 508/88.

Le **occupazioni confacenti alle attitudini** dipendono da diversi fattori individuali: Sesso, Istruzione, Qualificazione professionale, Esperienza conseguita, Età e pertanto necessitano di valutazioni in concreto sul singolo caso.

2. Area tematica di Medicina Legale

Le commissioni di cui al punto 1 fanno funzionalmente riferimento all'area tematica di medicina legale del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione. L'area tematica attraverso il suo Responsabile svolge un ruolo di coordinamento e di indirizzo, nel rispetto delle direttive del Servizio di appartenenza, promuovendo iniziative volte a:

- Fornire indicazioni sulla gestione e attribuzione delle pratiche alle singole commissioni;
- Fornire indicazioni sulle modalità di funzionamento delle commissioni, in applicazione e nel rispetto del presente regolamento, verificando anche il mantenimento di tempi di attesa accettabili per l'esame delle pratiche;
- Promuovere iniziative di formazione e di aggiornamento nella materia;
- Emanare linee guida e indirizzi tecnici tendenti a rendere omogenee le valutazioni per medesime patologie anche migliorando la qualità tecnica delle valutazioni;
- Promuovere incontri con i Presidenti e/o i componenti delle commissioni per valutare l'andamento delle attività.

L'entrata in vigore del regolamento e l'esercizio delle attività delle nuove commissioni è stabilito con decorrenza data 01/03/2016. A tal fine le programmazioni delle attività delle attuali commissioni cesseranno al 28/02/2016. Nel mese di gennaio 2016 sarà indetta apposita riunione di Presidenti e segretari delle nuove commissioni per verificare e fornire eventuali

ulteriori indicazioni affinché sia garantita l'operatività del nuovo sistema a partire dalla data stabilita.

3. Composizione delle Commissioni

La composizione delle Commissioni, le nomine dei componenti e le eventuali variazioni sono stabilite con Delibera del Direttore Generale

Le Commissioni Mediche sono composte da:

- **Presidente:** Medico specialista in Medicina Legale o, in mancanza, un Medico Specialista in Medicina del Lavoro;
- **due Medici dell'Azienda Sanitaria**, scelti prioritariamente tra i medici del Dipartimento di Prevenzione, di cui uno individuato tra gli specialisti in Medicina del Lavoro quando il Presidente non sia Specialista in tale disciplina;
- **Un Medico in rappresentanza delle Associazioni di categoria** indicato dalle Associazioni stesse;
- **Un Medico dell'INPS** può integrare la commissione quale componente effettivo;
- **Un Operatore Sociale ed un Medico esperto** nella patologia prevalente dei casi da esaminare, qualora la Commissione debba effettuare valutazioni circa le condizioni di disabilità (legge 104/92 art.4) o ai fini dell'inserimento lavorativo e della permanenza dello stato invalidante (legge 68/1999). I medici esperti individuati in appositi elenchi di medici specialisti nelle discipline quali: Specialisti in Psichiatria, Neuropsichiatria infantile, Neurologia, Oncologia, Oculistica, Cardiologia, ecc., dipendenti o convenzionati con la ASL, faranno parte di una o più commissioni venendo convocati di volta in volta convocati dai Presidenti.

4. Segretari delle Commissioni

Le funzioni generali di segreteria sono curati da personale del Servizio di Igiene e sanità Pubblica con le modalità stabilite dal Direttore del Servizio supportato a tal fine dal Responsabile dell'area tematica di medicina legale. Gli adempimenti amministrativi delle singole commissioni sono curati da un segretario, individuato fra il personale dipendente della ASL (DM 387 del 5/08/1991, art.1, comma 2) mediante pubblico avviso e con criterio di rotazione, per svolgere le funzioni amministrative per un periodo, in prima applicazione, di sei mesi; al termine dei sei mesi con provvedimento successivo saranno individuati altri segretari fra quelli che hanno presentato la disponibilità a svolgere la funzione. Il segretario, oltre a verbalizzare le sedute e le decisioni della Commissione, ha il compito di gestire le attività preliminari e successive all'accertamento dell'invalidità civile, curando anche i rapporti con l'utenza afferente alla propria commissione. A far data dal 01/03/2016 le calendarizzazioni delle sedute saranno effettuate direttamente dalle segretario, secondo le indicazioni del Presidente, curando che le medesime siano effettuate secondo le modalità stabilite nei punti 2 (Area tematica di Medicina Legale) e 5 (Organizzazione delle sedute e Numero di convocati per seduta) e che le convocazioni relative a pratiche di IC e Legge 104 siano disposte nella stessa seduta.

5. Organizzazione delle sedute e Numero di convocati per seduta

Per ogni seduta ambulatoriale devono essere esaminate almeno 14 pratiche (5 se trattasi solo di istanze per la Legge 68). Sarà cura del segretario verificare, alcuni giorni prima di quello fissato per la visita, che i convocati si presentino e, ove possibile, provvedere a convocare a visita altri

istanti in sostituzione degli assenti; **almeno una seduta ambulatoriale su quattro sarà svolta in orario di servizio**, per le sedute tenute fuori dall'orario di lavoro sarà corrisposta la remunerazione stabilita dalla normativa. I Presidenti si accerteranno che gli scostamenti medi mensili del numero delle pratiche esaminate rispetto alle 14 (o 5) sopramenzionate non sia maggiore del 20%, salvo motivate giustificazioni. I segretari cureranno la predisposizione di report mensili su modulistica appositamente fornita che consenta verifiche sull'andamento dell'attività. Le visite domiciliari saranno effettuate in orario di servizio dal Presidente o da un suo delegato coadiuvato dal segretario della commissione; la valutazione collegiale dell'esito della visita domiciliare sarà effettuata nella prima seduta ambulatoriale utile.

Tutti i membri delle commissioni che usufruiscano di benefici quali permessi o riduzioni di orario previsti dalla Legge 104 devono effettuare tutte le sedute in orario di servizio. Al fine di garantire la presenza degli esperti nelle sedute nei casi stabiliti dalla normativa vigente si curerà l'organizzazione della programmazione delle sedute ambulatoriali con convocazioni per gruppi di persone classificate secondo la patologia prevalente. Per facilitare tale modalità organizzativa le commissioni competenti per la Legge 68, la N. 2 di Sanluri e la N. 4 di Guspini si riuniranno ordinariamente in giorni pari; la numero 3 di San Gavino e la 5 di Villacidro in giorni nei giorni dispari. Ai componenti delle commissioni non è dovuto alcun tipo di rimborso per il raggiungimento delle sedi in cui operano.

6. Riferimenti etici e comportamentali

Nello svolgimento della funzione si è tenuti al più rigoroso riserbo sulle informazioni acquisite relativamente alle pratiche in esame, al mantenimento del segreto professionale e al rispetto del divieto di fornire qualsiasi informazione a soggetti diversi dai diretti interessati.

Tutti i componenti e i segretari delle commissioni sono tenuti al rispetto di quanto stabilito in materia di norme etiche e comportamentali, rimuovendo situazioni che possano costituire qualsiasi ipotesi di incompatibilità, conflitti di interesse da cui possano trarre vantaggi personali, diretti o indiretti, economici o di altra natura; a solo titolo esemplificativo si consideri che:

- non possono aver svolto consulenze mediche private o avere rapporti di parentela, o di qualsiasi altra natura, con l'istante richiedente il riconoscimento che possano generare dubbi sulla imparzialità dell'esame della pratica;
- non possono aver svolto o ricoprire incarichi politici che comportino possibilità di svolgimento di funzioni nell'ambito del comune di residenza dell'istante richiedente il riconoscimento;
- chi usufruisce di riduzioni di orario o di permessi di cui alla Legge 104 deve svolgere le attività in orario di servizio.

La ricorrenza di una delle condizioni sopra menzionate che riguardi Componenti o Segretario deve essere obbligatoriamente portata a conoscenza del Presidente che provvederà alla conclusione dell'iter valutativo con disposizione di eventuale astensione dalla valutazione per coloro i quali si trovassero in dette condizioni.

7. Sostituzioni Presidenti e Componenti delle commissioni

Qualora si verificasse l'impossibilità alla partecipazione a sedute programmate i Presidenti possono sostituire Presidenti o Componenti di altre commissioni, mentre i componenti solo altri componenti; operatori sociali possono ugualmente sostituire, per motivi contingenti, quelli di altre commissioni. Per motivi contingenti i segretari potranno essere sostituiti da uno dei segretari supplenti.

8. Commissioni ASL: componenti, attribuzioni e ambiti territoriali di riferimento

- **commissione ex Legge 68 Sanluri:** sede di Sanluri, competente per tutte le pratiche della ASL di cui alla ex Legge 68 e di invalidità civile e Legge 104 per il comune di Samassi.

Presidente	Pierina Manca
Presidente supplente	Marco Pilia
Componenti	Casta Anna
	Balia Luisanna
ANMIC	Carcangiu Sandra
Esperti	
Assistente sociale	Ghiani Alessandra
Segretario	Garau Ottorino (supplente: Melas Giorgio)

- **Commissione N. 1 Sanluri:** opera nelle sedidi Sanluri e Guspini, competente per tutta la ASL per i casi oncologici e per le pratiche di invalidità civile e legge 104 limitatamente all'ambito territoriale del comune di Serramanna.

Presidente	Murgia Gianfranco
Componenti	Picchiri Gianfranco
	Pipia Marina
ANMIC	Floris Andrea
Esperti	
Assistente sociale	Idili Maria Giuseppina
Segretario	Pitzalis Valentino (supplente: Casu M. Dolores)

- **Commissione N. 2 Sanluri:** sede Sanluri, competente per tutte le pratiche tranne oncologici per i comuni di Sanluri, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Sanluri, Tuili, Barumini, Ussaramanna, Turri, Genuri, Setzu, Gesturi, Las Plassas, Villamar, Villanovafranca, Furtei, Segariu, Serrenti e Siddi.

Presidente	Frailis Antonello
Componenti	Cadoni Serenella
	Scarpa Maria
ANMIC	Scano Stefano
Esperti	
Assistente sociale	Putzolu Anna
Segretario	Deidda Eliana (supplente: Podda M. Vitalia)

- **Commissione N. 3 San Gavino:** sede San Gavino, competente per tutte le pratiche, tranne oncologici, per i comuni di Arbus, San Gavino, Sardara, Collinas, Villanovaforru.

Presidente	Termini Antonello
Componenti	Succu Giuseppa
	Vecchi Anna Maria
ANMIC	Perseu Maria Grazia
Esperti	
Assistente sociale	Tuveri Francesca
Segretario	Cadoni Franca (supplente: Porcu Fabrizio)

- **Commissione N. 4 Guspini:** sede di Guspini, competente per tutte le pratiche, tranne oncologici, per i comuni di Guspini e Pabillonis.

Presidente	Deplano Luciana
Componenti	Pisu Iginio
	Chia Salvatore
ANMIC	Marras Francesco
Esperti	
Assistente sociale	Maccioni Antonella
Segretario	Serra Ezio (supplente: Pittau Emanuele)

- **Commissione N. 5 Villacidro:** sede Villacidro, competente per tutte le pratiche, tranne oncologici, per i comuni di Villacidro e Gonnosfanadiga.

Presidente	Pilia Marco
Componenti	Pintor Iginio
	Piras Enrico
ANMIC	Castagna Costantino
Esperti	
Assistente sociale	Conti Tiziana
Segretario	Sacchitella Lucia (supplente: Medda Giampaolo)